附件2：

淄博市慈善总会“爱在万杰 健康相伴”项目结算信息表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者基本信息 | | | | | | | | |
| 姓 名 |  | 性别 | |  | 身份证号 |  | | |
| 所属区县 |  | | | 联系电话 | |  | | |
| 代理人姓名 |  | 与患者关系 | | |  | 联系电话 |  | |
| 救助金收款户名 |  | 账号 | | |  | | | |
| 开户行 |  | | | | | | | |
| 本人自愿申请参加项目救助，并承诺所填信息及提供资料真实、完整、有效，收款信息核实无误，因隐瞒、变造、虚报等行为所造成的一切责任和后果由本人承担。  申请人/代理人签字（手印）： | | | | | | | | |
| 住院及结算信息 | | | | | | | | |
| 救助类别 | □肿瘤  □慢病  □外科  □血透 | | | | 首次办理项目编号 | 20 年（万杰第 号） | | |
| 入院日期 |  | | | | 出院日期 |  | | |
| 入院诊断 |  | | | | 出院诊断 |  | | |
| 住院总金额 |  | | 自负金额 | |  | 项目救助金额 | |  |
| 经办人签字（公章）：  年 月 日 | | | | | | | | |

说明：此表一式两份，一份由市慈善总会存档，一份由淄博万杰肿瘤医院留存